7

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André TOULZE

Né à Beaune-la-Rolande (Loiret), le 26 juillet 1886

L'EMPLOI DE LA

MÉTHODE DE FOCHIER

(ABCÈS DE FIXATION)

DANS LE

TRAITEMENT DE L'INFECTION GRIPPALE

Président : M. CARNOT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N...
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N...
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU, BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	BROCA
Clinique chirurgicale infantile	N...
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABRE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CARNOT

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

L'EMPLOI DE LA

MÉTHODE DE FOCHIER

(ABCÈS DE FIXATION)

DANS LE

TRAITEMENT DE L'INFECTION GRIPPALE

INTRODUCTION

L'épidémie de grippe de 1918-1919 s'est montrée d'une violence telle que des moyens thérapeutiques d'une diversité extrême ont été mis en œuvre, la plupart d'entre eux donnant des résultats d'ailleurs très inconstants.

L'absence de médication spécifique a eu pour résultat de faire accumuler toute une série de traitements symptomatiques et rien n'étant plus complexe ni plus décevant que cette maladie, un véritable chaos thérapeutique a été créé. Mais si variés que soient les moyens dont nous disposons, ils doivent toujours répondre à un aspect particulier de la maladie.

La récente épidémie ayant revêtu dans un grand nombre de cas les allures d'une véritable toxi-infection, on a eu recours à la méthode des abcès de fixation, méthode empirique dont le mécanisme ne

nous apparaît pas clairement et qu'on a qualifié aussi de méthode dérivative.

La valeur de cette méthode a été très diversement appréciée par les médecins qui l'ont expérimentée. L'occasion nous ayant été donnée de compulser les observations d'un certain nombre de grippés, les uns traités par cette méthode, les autres en dehors d'elle, il nous a paru intéressant d'essayer, à la lumière de quelques faits que nous rapportons plus loin, et aussi en dépouillant les publications qui ont été faites sur la question, d'établir quel crédit on peut accorder à la méthode des abcès de fixation et aussi quelles sont ses indications dans la grippe.

HISTORIQUE

Il faut remonter très loin dans l'histoire de la médecine pour trouver la notion première de la valeur pronostique des abcès critiques.

La méthode de Fochier est née en 1875, du jour où cet auteur constata l'influence favorable que parut avoir sur l'évolution d'un cas grave d'infection puerpérale un abcès développé accidentellement à la suite d'une injection sous-cutanée de quinine. Ce n'est qu'en 1891 cependant qu'elle fut l'objet d'une première communication de Fochier.

Pendant longtemps l'école lyonnaise fut seule à s'intéresser à la méthode.

De la fièvre puerpérale, où son emploi fut d'abord limité, la méthode des abcès de fixation fut bientôt étendue à une foule d'autres maladies, d'abord à la fièvre typhoïde, aux méningites, à la pneumonie, puis à la congestion pulmonaire. Elle fut même expérimentée dans certains cas d'empoisonnements.

Après avoir subi des fortunes diverses, la méthode de Fochier a triomphé de l'épreuve du temps, et l'épi-

démie de grippe de 1918-1919 vient de lui donner un regain d'actualité. Elle a été encore employée dans des septicémies streptococciques consécutives à des plaies de guerre (Paillard).

LA TECHNIQUE DE L'ABCÈS DE FIXATION ET LE MÉCANISME DE SON ACTION

La technique de l'abcès de fixation a été souvent exposée ; aussi nous ne voulons que rappeler brièvement celle qui est la plus communément employée.

La substance à injecter est l'essence de térébenthine banale à la dose de 1 à 2 centimètres cubes. Le lieu d'élection est la partie moyenne de la face externe de la cuisse ; l'injection doit être sous-cutanée.

L'abcès prend ou ne prend pas. Si la première injection ne donne pas de résultats, il faut en pratiquer une seconde quelques jours plus tard, au même point, en employant une dose de térébenthine un peu supérieure : 2 centimètres cubes, si on a injecté 1 centimètre cube seulement la première fois.

Dans la majorité des cas la réaction inflammatoire est modérée, surtout lorsqu'on s'en tient à la dose de 1 centimètre cube d'essence.

Dans quelques cas cependant, la réaction est rapide et intense ; elle peut apparaître au bout de vingt-quatre heures et aboutir à la formation d'un phlegmon sous-cutané étendu de la cuisse dont le tableau clinique peut être impressionnant et n'est

pas sans entraîner pour le malade des phénomènes douloureux et fonctionnels intenses, ni sans provoquer une vive inquiétude pour l'entourage.

L'incision doit être pratiquée lorsque la fluctuation est nette, c'est-à-dire vers le cinquième jour ou le sixième en moyenne, quelquefois beaucoup plus tôt, rarement plus tardivement.

Certains auteurs conseillent pour inciser d'attendre que la convalescence soit franchement établie et établissent une corrélation étroite entre la marche de l'infection générale et celle de la collection purulente. Ils avancent que, du fait de son incision, l'abcès devient inopérant et déclarent qu'il ne faut pas annihiler ses propriétés thérapeutiques avant que le malade ne soit hors de danger.

Mais nous ne croyons pas qu'il soit indifférent de laisser ainsi évoluer spontanément une grosse collection purulente qui fuse au loin dans toutes les directions. Nous ne croyons pas non plus que le malade puisse en tirer un bénéfice quelconque.

La résorption spontanée est possible, mais rare. Le pus est dense, abondant, formé de grumeaux juxtaposés ; il devient plus liquide par la suite. Fait capital : ce processus purulent est aseptique, notion déjà classique et qui a été confirmée récemment par Paillard.

La cicatrisation est souvent lente, contrairement à ce qu'écrivent certains auteurs et nous avons lu dans les observations que nous rapportons l'histoire de plusieurs grippés, atteints de phlegmons de la cuisse

consécutifs à des abcès de fixation ayant nécessité plusieurs incisions et entraîné des décollements étendus, dont la convalescence a été indéfiniment prolongée par la cicatrisation de leurs plaies, alors que toute fièvre et tous signes de l'infection générale avaient depuis longtemps disparu.

L'abcès n'est pas la première manifestation de la réaction générale de l'organisme ; il n'en est que la conclusion. L'influence de l'abcès sur la marche de l'infection est peu apparente dans les quarante-huit premières heures ; la température reste élevée quand elle ne subit pas une recrudescence ; le pouls reste rapide ; mais les phénomènes toxi-infectieux ne s'aggravent pas. Ce n'est qu'à dater du jour de la collection de l'abcès que l'on observe une sédation ; celle-ci porte à la fois sur la température dont la défervescence est plus ou moins nette, plus ou moins rapide et sur les phénomènes toxi-infectieux dont la disparition est parfois immédiate et complète. L'évolution de la courbe thermique n'a d'ailleurs pas une importance absolue et ne constitue pas l'indice obligatoire d'une réaction heureuse de l'organisme ; le pouls subit en général une évolution parallèle.

Plus importantes sont les modifications de la formule leucocytaire qui ont été constatées. On remarque l'apparition d'une polynucléose considérable coïncidant avec la formation de l'abcès et celle-ci s'exagère encore après l'incision.

Certains abcès non provoqués survenus accidentellement après l'injection sous-cutanée d'une subs-

tance thérapeutique quelconque, ainsi que les pleurésies purulentes paraissent constituer une fixation spontanée. Nous pensons même que les localisations pulmonaires de la grippe jouent le même rôle à l'égard de la toxi-infection généralisée qui constitue la maladie. On voit souvent l'état général des malades s'améliorer, passagèrement du moins, lorsqu'une pneumonie, une congestion pulmonaire ou une broncho-pneumonie se constituent ; tout au moins les symptômes toxi-infectieux : les vomissements, la diarrhée, les douleurs abdominales, le subictère, l'aspect plombé du facies disparaissent-ils très fréquemment. Mais dans ces cas, le foyer de suppuration pulmonaire restant inaccessible à l'intervention chirurgicale et au drainage, sa formation ne peut avoir une influence heureuse sur l'évolution de la septicémie.

Le principe de la méthode de Fochier est en effet de fixer en un point de l'organisme facilement accessible une infection généralisée par l'intermédiaire d'un foyer local de suppuration.

La théorie de la fixation a surtout été défendue par Carles et Arnozan de Bordeaux. L'abcès détournerait à son profit une partie de l'infection générale, empêchant celle-ci de s'accroître, la forçant à se localiser, à se déterminer là où elle peut être facilement crauble.

Plus récemment M. le Professeur Chauffard considère la méthode de Fochier comme une méthode anti-infectieuse qu'il appelle encore leucogène ou

excitatrice de la phagocytose. « Ce n'est pas, dit-il, comme on l'a cru un drainage infectieux, car le pus de ces abcès est aseptique, mais une réaction favorable d'hyperleucocytose. »

OBSERVATIONS

Observation I. — R... Albert ; 1er Zouaves. Entre à l'hôpital le 11 janvier pour grippe. Au bout de quelques jours apparition d'un foyer de pneumonie droite qui n'évolue que lentement vers la résorption ; on constate bientôt l'apparition d'un nouveau foyer pneumonique du côté opposé ; évolution traînante.

Le 12 février on pratique un abcès de fixation ; le malade meurt le 14 sans que celui-ci ait eu le temps d'aboutir.

Observation II. — D... Jean ; 500e R. A. S. Entre à l'hôpital le 22 janvier atteint de bronchite grippale. Signes de bronchite disséminés dans les deux poumons ; état général très atteint indiquant un malade profondément infecté.

Abcès de fixation le 25 ; le malade meurt le 27 de bronchopneumonie grippale.

Observation III. — N... Pierre ; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 24 janvier. Congestion pulmonaire des deux bases.

L'abcès de fixation est pratiqué le 26 ; incisé le 29. On ne constate aucune amélioration de l'état général profondément infecté non plus que des signes locaux. Décès le 3 février.

Observation IV. — L... Paul ; 22e R. A. C. Entre à l'hô-

pital le 26 janvier pour grippe. A l'entrée quelques râles disséminés dans les deux poumons ; quelques râles congestifs aux bases, mais pas de foyer net. Etat général assez touché.

L'abcès de fixation est pratiqué le jour même ; le lendemain et le surlendemain apparition de foyers de broncho-pneumonie disséminés dans les deux poumons. Décès le 29 sans que l'abcès évolue.

Observation V. — F... J.-Baptiste ; 32e R. A. C. Entre à l'hôpital le 31 janvier pour courbature grippale. Le 1er février on constate l'apparition de quelques râles fins en foyer ; le 2 : broncho-pneumonie double ; on pratique l'abcès de fixation qui n'évolue pas. Décès le 9.

Observation VI. — G... Maurice ; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 6 février pour courbature grippale. Dyspnée assez marquée avec cyanose légère ; quelques râles de bronchite disséminés. Le lendemain la dyspnée et la cyanose ont augmenté ; signes d'auscultation plus denses traduisant l'existence d'un œdème diffus des deux poumons ; saignée de 500 grammes. Amélioration les jours suivants.

Le 9, en présence de la réascension thermique et de la recrudescence des symptômes d'infection générale, on pratique l'abcès de fixation. Décès le 10.

Observation VII. — G... Urbain ; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 8 février pour œdème aigu du poumon d'origine grippale.

Saignée ; amélioration passagère de l'état général ; puis recrudescence de l'état infectieux les jours suivants.

Abcès de fixation le 11 qui aboutit deux jours après ; décès le 15.

Observation VIII. — G... Paul ; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 9 février pour courbature prippale. L'état général paraît peu touché ; pas de localisation pulmonaire ; cependant la température se maintient au voisinage de 39 degrés, on pratique le 12 un abcès de fixation qui n'évolue pas. Le 13 apparition des signes de broncho-pneumonie qui emporte le malade le 19.

Observation IX. — B... Léon ; 1er groupe aviation. Entre à l'hôpital le 10 février pour bronchite grippale ; signes de bronchite généralisée avec râles plus fins de congestion pulmonaire. Abcès de fixation le même jour qui n'évolue pas. Les jours suivants apparition des signes de congestion pulmonaire généralisée. Décès le 14.

Observation X. — C... Jean ; 32e R. A. C. Entre à l'hôpital le 11 février pour courbature grippale. Fièvre élevée ; pas de signes pulmonaires ; état général paraissant peu touché. Abcès de fixation le même jour ; incision quelques jours plus tard. Le malade sort guéri le 1er mars.

Observation XI. — Doan Ru ; 73e bataillon annamite. Entre à l hôpital le 12 février pour grippe. Les jours suivants apparition d'une broncho pneumonie double. Abcès de fixation le 19 ; incision le 23 et décès le soir du même jour.

Observation XII. — V... Jean ; 16e R. I. Entre à l'hôpital

le 15 février atteint de courbature grippale ; pas de signes stéthoscopiques ; état général ne paraissant pas touché.

Le 17, apparition de signes d'œdème aigu du poumon. Saignée et abcès de fixation le même jour. Décès le 19.

Observation XIII. — G... Casimir ; 39e R. A. C. Entre à l'hôpital le 15 février atteint de grippe. Le 19, apparition d'un foyer de pneumonie ; on pratique l'abcès de fixation. Le 21, apparition d'un nouveau foyer de pneumonie dans le poumon du côté opposé. Décès le 22.

Observation XIV. — L... Daniel ; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 15 février atteint de grippe.

Le 16, pas de signes pulmonaires ; état général assez profondément touché; teint plombé ; vomissements. Le 19, on pratique un abcès de fixation qui est incisé le 22. L'état du malade paraît s'améliorer les jours suivants ; une défervescence est ébauchée, mais le 28 février apparaissent les signes d'une pleurésie purulente qui nécessite le transfert en chirurgie.

Observation XV. — L... Auguste; 39e R. A. C. Entre à l'hôpital le 15 février atteint de bronchite grippale. Le 19 apparition de râles fins à la base gauche; abcès de fixation dont le résultat est négatif. Décès le 24 des suites de pneumonie généralisée du poumon gauche.

Observation XVI. — C... Jean ; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 16 février. Bronchite généralisée grippale avec quelques râles congestifs aux deux bases. Le 19 en raison des signes persistants d'infection grave et de leur disproportion

avec les signes pulmonaires, on pratique un abcès de fixation qui sera incisé le 24.

Mais le 20 apparition d'une congestion pulmonaire droite qui se généralise les jours suivants et envahit bientôt les deux poumons. Décès le 26.

Observation XVII. — C. Georges; 39e R. A. C. Entre à l'hôpital le 17 février pour grippe. Signes généraux d'infection grave; apparition les jours suivants de râles congestifs à la base gauche. Abcès de fixation le 21 février; mais les jours suivants la congestion pulmonaire s'étend et envahit peu à peu toute la hauteur du poumon gauche. Décès le 26.

Observation XVIII. — P. Edmond; 112e R. A. C. Entre à l'hôpital le 17 février; signes d'infection grippale sans localisation pulmonaire. Abcès de fixation le jour de l'entrée. Mais le lendemain apparition d'un foyer de pneumonie qui s'étend rapidement. Décès le 20 février.

Observation XIX. — C... Joseph; 209e R. A. C. Entre à l'hôpital le 19 février atteint de grippe. L'abcès de fixation est pratiqué le même jour; le malade décède le 23 de congestion pulmonaire sans que l'abcès ait abouti.

Observation XX. — L... Casimir; 44e R. A. C. Entre à l'hôpital le 20 février pour grippe; l'abcès de fixation est pratiqué le 21 et incisé le 26. Mais entre temps, apparition d'une congestion pulmonaire double qui emporte le malade le 28.

Observation XXI. — H... Léon; 22e R. A. C. Entre à l'hôpi-

tal le 20 février atteint de congestion pulmonaire grippale. Abcès de fixation le 21. Décès le 26 par congestion massive des deux poumons.

Observation XXII. — T... Daniel; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 20 avec le diagnostic de congestion pulmonaire grippale. Le 22 on constate les signes d'une broncho-pneumonie double. Après une ébauche de défervescence le 24, augmentation de la fièvre et des signes pulmonaires le 26. Abcès de fixation le 2 mars, qui n'est pas renouvelé. Evolution subaiguë de la broncho-pneumonie; décès le 23 mars.

Observation XXIII. — B... Auguste; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 10 février pour courbature grippale. Le 24 apparition d'une congestion pulmonaire; on pratique un abcès de fixation. Décès le 27.

Observation XXIV. — A... Alexandre; 32e R. A. C. Entre à l'hôpital le 21 février pour grippe; quelques râles congestifs de la base droite. Abcès de fixation le 23, incisé le 28. Du 4 au 10 mars, poussée fébrile sans signes de localisation pulmonaire. Guérison.

Observation XXV. — V... Joseph; 32e R. A. C. Entre à l'hôpital le 21 février atteint de grippe; pas de signes pulmonaires. Fièvre irrégulière ; le 26 l'état infectieux s'accuse ; on pratique l'abcès de fixation. Décès le 2 mars de pneumonie.

Observation XXVI. — H. Charles; 32e R. A. C. Entre à l'hôpital le 21 février pour grippe. Abcès de fixation le jour

de l'entrée, incisé le 24. Le malade passe en chirurgie le 26, atteint de pleurésie purulente.

Observation XXVII. — T. Amar ; travailleurs coloniaux. Entre à l'hôpital le 21 février pour grippe ; état général assez touché ; les jours suivants apparition d'une congestion pulmonaire, d'abord unilatérale, puis double. Abcès de fixation le 26 ; incisé le 2 mars. Le malade sort guéri le 1er avril.

Observation XXVIII. — S... Miguel ; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 23 février atteint de congestion pulmonaire droite. Abcès de fixation le 26 qui est incisé quelques jours plus tard. Défervescence le même jour. Le malade sort guéri le 19 mars.

Observation XXIX. — L... Jean. Entre à l'hôpital le 24 février ; signes d'infection grippale ; pas de localisation pulmonaire. Le 27 février en présence de la gravité de l'état général, on pratique un abcès de fixation, qui est incisé le 4 mars. A dater de ce jour, amélioration rapide de l'état général. Pas de complications pulmonaires ; le malade sort guéri le 22 mars.

Observation XXX. — S. B... ; 5e Section C. O. A. Entre à l'hôpital le 25 février ; grippe sans localisation pulmonaire ; fièvre peu élevée. Le 1er mars la température monte à 40 degrés ; apparition de congestion pulmonaire à la base droite. Le 2 mars, on pratique un abcès de fixation qui est incisé le 5. Pendant cette période fièvre irrégulière. Le 7, défervescence brusque en même temps que les signes pul-

monaires s'amendent. Cicatrisation lente de l'abcès; le malade part en convalescence le 27 mars.

Observation XXXI. — E... Auguste; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 26 février avec le diagnostic de grippe; température: 40 degrés; congestion pulmonaire de la base gauche. Un abcès de fixation est pratiqué le même jour qui n'aboutira pas. Le 28 février râles congestifs aux deux bases, plus étendus à droite; le 3 mars on constate en outre les signes d'un épanchement pleural léger à la base droite, qui se résorbera spontanément. Le malade sort guéri le 25 mars.

Observation XXXII. — S... Jean-Baptiste; 22e R. A. C. Entre à l'hôpital le 27 février avec le diagnostic de grippe à forme pulmonaire. Température: 40 degrés; râles congestifs aux deux bases; subictère. Abcès de fixation le 3 mars; défervescence le même jour. L'abcès est incisé le 13 mars. Le 14 mars réascension de la température à 40 degrés; apparition d'une pneumonie gauche. Le 16 nouveau foyer de pneumonie du côté droit; la température se maintient élevée. Défervescence définitive le 19. Le malade part en convalescence le 1er avril.

Observation XXXIII. — P. Désiré; 290e R. A. C. Entre à l'hôpital le 28 février pour grippe. Température 38°5; râles de bronchite; rachialgie et vomissements. Les jours suivants la température se maintient à 40 degrés; signes de toxi-infection grave avec signes digestifs en particulier. Abcès de fixation le 3 mars; les jours suivants phénomènes de réaction locale marqués faisant espérer que l'abcès va

aboutir. Oscillations irrégulières de la température avec amélioration de l'état général jusqu'au 14 mars. Pas de localisation pulmonaire. Au niveau de l'injection persiste une poche fluctuante assez volumineuse, sans phénomènes inflammatoires. Une ponction exploratrice ne ramène pas de liquide. Le malade part en convalescence le 1er avril.

Observation XXXIV. — D. René; 503e R. A. S. Entre à l'hôpital le 28 février avec le diagnostic courbature grippale. Etat général grave. On pratique un abcès de fixation le 1er mars. Les jours suivants, apparition d'une peumonie gauche. Décès le 5 mars.

Observation XXXV. — S. Hyacinthe; 32e R.A.C. Entre à l'hôpital le 1er mars avec le diagnostic : bronchite grippale. Le 3 mars apparition d'un foyer de broncho-pneumonie gauche. Température 40 degrés. On pratique un abcès de fixation qui n'aboutit pas. Le 5 mars la température se maintient à 40 degrés; saignée. Les jours suivants apparition de foyers de broncho-pneumonie disséminés dans les deux poumons. A dater du 9 mars, la température descend progressivement, puis se maintient aux environs de 38 degrés. Le 12 mars nouvelle saignée. Le 15 mars dypsnée persistante avec cyanose des extrémités ; état asphyxique et bronchoplégie malgré une médication stimulante énergique. Le 18 mars, deuxième tentative in extremis pour provoquer un abcès de fixation. Le malade meurt le 20 mars.

Observation XXXVI. — V. Marcel; 500e R. A. S. Entre à l'hôpital le 15 mars atteint de grippe banale ; la tempéra-

ture oscille aux environs de 39 degrés; quelques râles de bronchite discrets; état général peu touché.

Le 24 mars, la température se maintient au-dessus de 39 degrés ; on pratique un abcès de fixation ; le lendemain réaction locale intense et bientôt étendue à toute la face externe de la cuisse. Le lendemain, chute de la température à 38 degrés ; le jour suivant, elle s'élève au-dessus de 40 degrés ; incision de l'abcès. Défervescence le même jour ; pas de complications pulmonaires. Le malade est en voie de guérison le 1er avril.

Observation XXXVII. — G... Jean ; 142e R. A. L. C. Entre à l'hôpital le 17 février ; bronchite et congestion des deux bases ; température 40 degrés ; le 18, la température se maintient à 40 degrés ; saignée de 250 grammes ; la fièvre oscille entre 38 et 39 degrés jusqu'au 26 février.

A cette date, apparition d'un abcès non provoqué à la partie moyenne de la face externe de la cuisse gauche, incisé le 1er mars. Cet abcès accidentel peut être considéré comme ayant eu une heureuse influence sur l'évolution de la maladie.

Ultérieurement poussées fébriles intermittentes vraisemblablement d'origine paludéenne. Le malade sort guéri fin mars.

Ces observations ont été recueillies à l'hôpital complémentaire 58 à Fontainebleau entre le 1er janvier et le 1er avril 1919. Sur 36 grippés traités par l'abcès de fixation, nous relevons 24 décès et 10 cas de guérison seulement, 2 malades ayant été évacués sur une

autre formation pour pleurésie purulente, pour lesquels nous n'avons pu connaître le mode de sortie.

Pendant la même période de trois mois, 125 autres grippés ont été traités dans le même hôpital, pour lesquels on n'a pas eu recours à l'abcès de fixation. Sur ces 125 cas nous avons relevé 24 décès et 5 malades évacués sur une autre formation pour des motifs divers et pour lesquels nous n'avons pu connaître la terminaison de la maladie.

Si nous ne tenions compte que du pourcentage grossier des décès dans l'un et l'autre cas, 2/3 de décès environ chez les malades traités par l'abcès de fixation et 1/5 de décès seulement chez ceux pour lesquels on n'a pas eu recours à cette méthode thérapeutique, nous serions tentés d'apprécier d'une manière très défavorable sa valeur curative. Mais nous nous hâtons de dire que cette manière de juger les faits entraînerait des conclusions complètement inexactes. Chez les grippés dont nous rapportons les observations en effet, l'abcès de fixation paraît n'avoir été employé tout d'abord que comme moyen héroïque après l'échec des autres méthodes thérapeutiques et presque exclusivement dans les cas désespérés. Par contre chez les grippés moins graves, chez lesquels l'absence de complications pulmonaires et de signes de toxi-infection grave ne faisait pas redouter une terminaison fatale, l'abcès de fixation n'a pas été employé. Ceci explique la différence manifeste qui existe dans les résultats constatés dans l'un et l'autre cas. A la fin du même trimestre, dans

la même formation, alors que la méthode de Fochier nous paraît avoir été utilisée non pas sur une large échelle, mais d'une manière plus judicieuse, les résultats ont été tout autres et le chiffre des guérisons beaucoup plus considérable.

LA VALEUR PRONOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA MÉTHODE ET SES INDICATIONS

Les auteurs sont unanimes à accorder à la méthode de Fochier une valeur pronostique considérable. Lorsque l'abcès prend, lorsqu'apparaît précocement une forte réaction locale, c'est là un gage sérieux de guérison. Lorsqu'au contraire l'abcès ne prend pas, c'est un symptôme grave, traduisant l'état d'incapacité où se trouve l'organisme d'engendrer une réaction de défense contre l'infection.

Cette valeur pronostique n'a jamais été contestée et l'analyse de nos observations la confirme de tous points ; nous rapportons l'observation de 21 grippés chez lesquels l'abcès n'a pas évolué : dix-neuf fois la mort a été la terminaison de la maladie ; dans 2 cas cependant (obs. XXXI et XXXIII) la guérison est survenue bien que l'abcès de fixation n'ait pas évolué. Lorsque l'abcès prend, la valeur pronostique est moins absolue et les observations ne sont pas rares dans lesquelles un abcès de fixation ayant abouti n'a pas empêché la terminaison fatale (Cf. obs. III, VII, XI, XVI et XX).

Les avis des différents auteurs qui ont étudié les abcès de fixation dans la grippe sont au contraire très partagés au sujet de leur valeur thérapeutique. Un certain nombre d'entre eux ne leur accorde aucun crédit ou déclare que la méthode ne leur a pas donné de résultats durables ; certain même rapporte n'avoir que des échecs à lui attribuer. Nous ne croyons pas que ces appréciations soient basées sur une expérimentation suffisante ni complètement loyale. Moutier ne base son opinion que sur six cas.

La majorité accorde cependant à la méthode de Fochier quelque succès. Les résultats obtenus ne sont peut-être pas si encourageants dans la grippe en général que dans l'infection puerpérale, qui frappe les malades au stade d'épanouissement complet de toutes les ressources de l'organisme. Mais chez les malades qui font l'objet de nos observations, militaires du service armé, en service dans des formations de l'intérieur, il semblerait que nous nous trouvions dans les conditions les plus favorables.

Si nous établissons le bilan de nos observations, nous trouvons que dans 13 cas, où l'abcès aboutit à la suppuration, huit fois la maladie s'est terminée par la guérison, deux fois elle a abouti à une pleurésie purulente (obs. XIV et XXVI) et trois fois elle s'est terminée par la mort ; mais dans ces 3 cas (obs. XI, XVI et XX) l'abcès de fixation a été tenté après l'apparition de la complication mortelle, ce qui nous paraît être une erreur thérapeutique, puisque précisément le but de l'abcès de fixation est

d'empêcher ces complications de se produire.

Cependant plusieurs auteurs relatent les heureux résultats obtenus par la méthode de Fochier dans la pneumonie, la broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire. L'un d'entre eux même considère que l'abcès de fixation agit alors en empêchant l'infection pulmonaire de s'étendre et d'envahir une trop vaste partie du champ respiratoire. Celle-ci, grâce à l'abcès, se résoud au lieu d'évoluer vers la suppuration (Paillard). Nous estimons avec Thiroloix que l'abcès n'est pas indiqué dans ces formes à localisation dominante et qu'en tous cas il devra être tenté autant que cela sera possible avant l'apparition de la localisation pulmonaire ; après l'éclosion de celle-ci, il ne constitue à notre avis qu'une tentative hasardeuse.

Le total de nos cas de guérison ne paraît peut-être pas constituer un chiffre suffisamment éloquent pour permettre de conclure en faveur de la valeur thérapeutique de la méthode de Fochier. Mais d'autres auteurs, en particulier Leuret, Rathery et David, insistent sur les excellents résultats qu'ils ont obtenu par cette méthode et considèrent comme légitime, rationnel et efficace son emploi large et précoce dans les formes malignes de la maladie.

L'abcès de fixation en effet n'est pas indiqué avec la même rigueur dans toutes les formes de la grippe. La méthode de Fochier ne peut être considérée comme une méthode universelle de traitement applicable dans tous les cas et dans toutes les formes de

la maladie. Il est commode et exact de dire que l'abcès est indiqué toutes les fois qu'en face d'une infection grippale grave, le médecin est inquiet sur son évolution ultérieure.

La plupart des auteurs s'accordent à le réserver aux formes graves, hypertoxiques, à celles qu'on a décrites sous le nom de grippes infectantes ou malignes. Ces formes sans localisation pulmonaire, avec hyperthermie, de pronostic presque toujours fatal, constituent une véritable septicémie grippale. C'est dans ces formes où le facies revêt l'aspect plombé des grandes infections, et qui s'accompagnent de troubles gastro-intestinaux, parfois même d'hépatite avec subictère, d'albuminurie et d'oligurie, que l'abcès de fixation est particulièrement indiqué. Dans les formes avec asthénie extrême, prostration, hypotension artérielle, tendance au collapsus, où l'insuffisance surrénale paraît être en jeu, l'abcès nous paraît encore indiqué.

Il semble que dans ces cas la septicémie grippale hésitante tâtonne, effleurant tous les organes, comme pour mieux choisir celui qu'elle va frapper. C'est à ce stade de son évolution que l'abcès de fixation lui imposant une localisation, peut jouer un rôle décisif.

L'abcès de fixation enfin doit être pratiqué assez tôt et on ne saurait jamais trop insister sur ce point. L'évolution de la courbe thermique, la fréquence du pouls, les signes de toxi-infection grave sont des indications à retenir, mais aucune d'entre elles ne saurait avoir une valeur absolue.

C'est dans les premiers jours de la maladie, non pas toujours le premier ou le second, mais fréquemment du quatrième au sixième jour, à cette période où la maladie tend à se fixer que l'abcès de fixation est indiqué. Si on attend, si on hésite, fréquemment on laisse passer le moment propice et l'intervention est trop tardive ; elle a lieu lorsque l'abcès ne peut plus être d'aucune utilité au malade. La grippe s'est déterminée ailleurs et la réaction locale est nulle, la déchéance organique étant définitivement accusée.

D'autre part il est absolument inutile d'imposer au grippé léger, à celui qui guérira sans traitement, les douleurs de l'abcès et la lenteur de sa cicatrisation. On ne peut aveuglément et uniformément le pratiquer dès l'entrée, alors que la courbe thermique peut se terminer par un bref clocher. C'est au flair clinique du médecin qu'il appartient bien souvent de décider à quel moment l'intervention pourra être le plus utile et avoir le maximum de chances de succès.

CONCLUSIONS

I. — La méthode de Fochier est susceptible de donner des résultats thérapeutiques appréciables dans certaines formes d'infection grippale. Sa valeur thérapeutique se double d'une valeur pronostique plus grande encore.

II. — Cette méthode est particulièrement indiquée dans les formes de grippe avec prédominance d'un état infectieux grave et avant l'apparition de toute localisation viscérale, pleuro-pulmonaire en particulier. Cependant l'apparition d'une localisation pulmonaire ne serait pas une contre-indication absolue.

III. — Le succès de la méthode est en grande partie lié à la précocité de son emploi et il ne faut pas attendre pour provoquer l'abcès l'apparition de signes traduisant une déchéance profonde et grave de l'organisme.

IV. — La technique est la technique classique : injection sous-cutanée de 1 à 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine à la partie moyenne de la face externe de la cuisse ; il faut la renouveler au bout de quelques jours si aucune réaction locale ne se manifeste. L'incision de l'abcès ne doit pas être trop retardée.

V. — La méthode de Fochier ne peut être considérée comme une méthode exclusive de traitement. Elle ne peut donner de résultats lorsqu'elle est employée uniquement comme moyen héroïque dans les cas désespérés après l'échec de tous autres moyens thérapeutiques.

Vu : le Président de la thèse,
P. CARNOT

Vu le Doyen
G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Mme Barbier. — La grippe de 1918-19 dans un service de l'hôpital Saint-Antoine. Thèse Paris, 1919.

Besnier. — La grippe à forme pulmonaire dans l'épidémie de 1918-19. Thèse Paris, 1919.

Bulletins S. M. H. — 1918.

Casedevant. — De la valeur de la méthode de Fochier dans l'infection puerpérale (Etude clinique). Thèse Paris, 1913.

Chauffard. — Traitement de la grippe (in Journal des Praticiens, 1909, n° 9).

Davezac. — Abcès de fixation et pneumonie (Société française de médecine et chirurgie de Bordeaux, 27 mars 1914).

Dubost. — Contribution à l'étude des notions nouvelles sur la grippe. Thèse Paris, 1919.

Fochier. — Lyon-médical, 1891.

Gazette des Hôpitaux. — 1918-19.

Joltrain et Baufle. — La grippe. Formes cliniques, prophylaxie ; traitement. Maloine, éditeur, 1919.

Journal des praticiens. — 1918-19.

Journal médical français. — Janvier 1919.

Rathery et David. — Les manifestations broncho-pulmonaires de la grippe (Académie de médecine, 31 déc. 1918).

Souchay. — L'épidémie de grippe dans une ville de garnison de l'Est en 1918-19. Thèse Paris, 1919.

Thiroloix. — Traitement de la grippe (S. M. H., 11 octobre 1918).

Trémolières et Rafinesque.— In Presse médicale, 1919, n° 11.

Paris Médical. — 1918-19.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris - 6060-19